



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum40.109.AO09>

Reflexões sobre o cotidiano de pacientes com cefaleia crônica

Reflections about the daily life of patients with chronic headache

Gabriele Honscha Gomes
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
<http://orcid.org/0000-0002-0076-3951>
gabrielehgomes@gmail.com

Mariana Calessio Moreira
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
<http://orcid.org/0000-0003-0199-8899>

RESUMO

Introdução: A dor é um sintoma concebido para além de seus processos físicos, compreendendo experiências culturais, sociais e emocionais do sujeito. A cefaleia é um quadro doloroso que atinge uma camada importante da população, podendo ser considerada uma dor disfuncional, visto que não têm lesão tecidual clara que explique a síndrome. Nesse estudo, procurou-se compreender a percepção das participantes sobre sua convivência com a dor. **Método:** A pesquisa teve delineamento qualitativo e foi realizada a partir de entrevistas com 10 mulheres que preenchem os critérios diagnósticos para cefaleia crônica. **Resultados e Discussão:** As entrevistas foram analisadas a partir de uma análise temática de conteúdo, da qual se elencou quatro categorias: os gatilhos para a dor, o vínculo com a assistência em saúde, o apoio social e sua interface com a dor e o viver com a dor. **Conclusão:** Frente à análise, nota-se que a dor é um sintoma que se ramifica e engloba a pessoa de diversas formas, sendo importante desenvolver, a partir da compreensão das áreas mais afetadas pelo sintoma, intervenções em saúde com o objetivo de diminuir os impactos negativos e proporcionar melhores condições para a tarefa de conviver com cefaleia. **Palavras-chave:** dor crônica, cefaleia, psicologia, psicanálise

ABSTRACT

Introduction: Pain is a symptom conceived beyond its physical processes, it comprehends the subject's cultural, social and emotional experiences. Headache is a painful condition that affects a significant amount of the population, it can be considered a dysfunctional pain, since it does not have a clear tissue damage that explains the syndrome. In this study, we sought to understand the perception of participants regarding their coexistence with pain. **Methods:** The research had a qualitative design and was conducted from interviews with 10 women who met the diagnostic criteria for chronic headache. **Results and Discussion:** The interviews were analyzed with a thematic content analysis, which listed four categories: the triggers for pain, the bond with health care, social support and its interface with pain and living with pain. **Conclusion:** Based on the analysis, it is noted that pain is a branching symptom that encompasses the person in many ways, it is important to develop, starting from the understanding of the areas most affected by the symptom, health interventions with the goal of reducing negative impacts and providing better conditions for the task of living with headache. **Keywords:** chronic pain, headache, psychology, psychoanalysis

RESUMEN

Introducción: El dolor es un síntoma concebido más allá de sus procesos físicos, pues incluye las experiencias culturales, sociales y emocionales del sujeto. El dolor de cabeza es una afección dolorosa que afecta a una parte significativa de la población y puede considerarse un dolor disfuncional, ya que no presenta una lesión de tejido claro que explique el síndrome. En este estudio, buscamos comprender la percepción de los participantes sobre el vivir con dolor. **Método:** La investigación tuvo un diseño cualitativo, a partir de entrevistas con 10 mujeres que cumplían los criterios de diagnóstico para el dolor de cabeza crónico. **Resultados y Discusión:** Las entrevistas fueron comprendidas a partir de un análisis de contenido temático, que resgató cuatro categorías: los desencadenantes del dolor, el vínculo con la atención médica, el apoyo social y su interfaz con el dolor y la vida con dolor. **Conclusión:** Según el análisis, se observa que el dolor es un síntoma ramificado que abarca a la persona de muchas maneras, y es importante desarrollar, a partir de la comprensión de las áreas más afectadas por el síntoma,

intervenciones en salud con el objetivo de reducir los impactos negativos y proporcionar mejores condiciones para la tarea de vivir con dolor de cabeza.

Palabras Clave: *dolor crónico, cefalea, psicología, psicoanálisis*

Introdução

A Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP) traz em 2020 uma nova definição de dor, que busca compreender o fenômeno de forma integral e multifatorial. A dor é definida como “*uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial*” (DeSantana et al, 2020). Além desta definição, também foram organizadas recentemente notas relevantes em que se discute que o fenômeno da dor deve sempre ser visto como uma experiência subjetiva, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A dor pode se apresentar como aguda ou dor crônica. A dor aguda tem início após uma lesão e seu papel é alertar o organismo frente a uma anormalidade, sendo um mecanismo biológico de defesa essencial e protetivo, que se resolve após a eliminação do estímulo inicial (Teixeira & Andrade, 2017). Diferentemente, a dor crônica pode existir como sintoma de um quadro clínico maior, ou, como um quadro clínico em si, configurando-se como um quadro patológico (Mills, Nicolson & Smith, 2019).

Nesta pesquisa, o foco de investigação dentro da temática global da dor foi a cefaleia crônica. Um estudo realizado com população clínica de um ambulatório neurológico focado em dor, verificou que 74,6% dos pacientes atendidos buscavam atendimento devido à cefaleia, 17% por dores neuropáticas e 8,2% por dores osteomusculares (Ferreira & Speciali, 2015). Esses quadros de cefaleia são divididos pela literatura, segundo a Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS, 2018) em: enxaqueca, cefaleia do tipo tensional (CTT), e cefaleia trigêmeo-autônômica (CTA). As cefaleias podem ser consideradas dores disfuncionais, pois não têm lesão clara que explique a

síndrome e são causadas por uma disfunção do sistema nervoso (Teixeira & Andrade, 2017)

A Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS, 2018) define como critério diagnóstico para cefaleia crônica, de forma geral, apresentar dor de cabeça em 15 ou mais dias no mês, por pelo menos 3 meses. As diferenças entre os tipos de cefaleias crônicas consistem em aspectos da localização e características da dor, frequência e duração das crises e sintomas associados (fotofobia, fonofobia, náuseas ou vômito).

Woldeamanuel e Cowan (2017), em uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência mundial de enxaqueca, encontram que em média 11,6% da população é acometida por este quadro clínico. Os autores concluem que a enxaqueca afeta 1 a cada 10 pessoas a nível mundial, existindo um padrão de crescimento da prevalência. Uma revisão de literatura realizada sobre os dados epidemiológicos da dor de cabeça no Brasil, mostra que a prevalência dos sintomas de dor cabeça no período de um ano é de 70,6%, dos quadros de cefaleia de 15,8%, de cefaleia do tipo tensional 29,5% e de cefaleia crônica diária 6,1% (Queiroz & Silva, 2015).

Frente a este contexto, Cruz, Cruz, Cruz e Camargo (2017) consideram as cefaleias um problema de saúde pública, visto que são transtornos debilitantes, que impossibilitam atividades da vida diária e têm grande impacto pessoal, social e econômico. Laurentino, Fonseca Filho, Valença, Santos e Leite (2017) em uma pesquisa realizada com estudantes universitários, observaram que 84,7% da amostra apresentara dor de cabeça em algum momento dos três meses anteriores à aplicação da pesquisa. Neste mesmo estudo, foi avaliado o impacto dessas dores no cotidiano dos estudantes, concluindo que 51% dos alunos que apresentaram quadros de cefaleia relataram impacto significativo na sua capacidade funcional diária.

Também sobre o impacto da cefaleia na vida do sujeito, Magalhães, Lopes e Marback (2016) referem, em um estudo realizado com pacientes com cefaleia primária, que mais de 60% da amostra relatou que o convívio com a dor os impossibilita de realizar uma ou mais atividades rotineiras e quase 50% afirmam que a dor de cabeça atrapalha a

convivência com amigos e familiares. Em consonância com esses dados, outras pesquisas mostram que as áreas mais afetadas pelo quadro de cefaleia na vida diária são os relacionamentos interpessoais, o trabalho, a auto-percepção e auto-imagem e os momentos de lazer (Buse et al., 2019; Santos et al., 2018).

Sendo a dor de cabeça um quadro multifatorial e complexo, existem diversos fatores que servem como desencadeantes e favorecem a manutenção do sintoma, como aspectos emocionais, alimentação inadequada, sono irregular, conflitos interpessoais, ansiedade, depressão e estresse (Cruz et al., 2017; Magalhães, Lopes & Marback, 2016). A existência de sintomas dolorosos também evoca sentimentos negativos por parte dos sujeitos acometidos, como tristeza, angústia, impaciência, irritação, alterações de humor e estresse (Souza, Miranda & Marback, 2019). Estas autoras, em uma pesquisa realizada com uma amostra de pacientes que apresentavam cefaleia primária, descreveram as estratégias buscadas como tentativa de controle da dor, sendo o uso de medicação a mais utilizada, seguida de isolamento, atividades para relaxamento ou atividades distrativas. Dias (2020) também traz a medicação como alternativa mais frequentemente empregada, bem como a busca por serviços de saúde ou investigação das causas relacionadas à dor. A partir destes dados ficam evidentes os reflexos do cotidiano com dor para as pessoas que vivem nesta situação, causando uma diminuição global da qualidade de vida, o que pode ser identificado em diversos estudos que buscaram avaliar em questão em pessoas com quadros de dores crônicas (Abu Bakar et al, 2016; Damasceno, 2018; Siebra & Vasconcelos, 2017).

Pensando nos sentimentos que a dor desperta em quem vive estes quadros, Palacios-Ceña *et al.* (2017), em uma pesquisa com mulheres diagnosticadas com enxaqueca crônica, trazem dados importantes acerca da percepção da paciente sobre sua experiência com a dor. As participantes referem sentimentos de vergonha e solidão frente a uma condição clínica invisível, muitas vezes não acreditada e não compreendida por aqueles ao seu redor. Ainda nesse estudo, é explorada a centralidade que a dor ganha na vida das pacientes, exigindo muitas vezes mudanças de hábitos e estilo de vida na busca por evitar os gatilhos causadores de crises.

A dor, por ser invisível e de difícil mensuração, muitas vezes não é reconhecida como real, o que faz com que seja complicado para os pacientes expressarem o que sentem, visto que a forma como compreendem, sentem e identificam sua própria dor é influenciada pelas normas culturais vigentes. Tanto o paciente quanto sua rede de apoio e profissionais de saúde estão inseridos em uma cultura pautada, ainda nos dias de hoje, por um modelo biomédico de saúde, o qual configura o sintoma físico como o único real, que deve ser explicado de forma concreta através de exames e tratado com medicação apropriada (Alves & Lima, 2016).

A invisibilidade do sintoma e a inexistência de uma lesão concreta por trás do doloroso, torna necessária a discussão sobre aspectos relacionados a psicossomática. A psicossomática é o estudo das relações mente-corpo, com ênfase nos aspectos psíquicos da patologia corpórea (Eksterman, 2010). E é a partir desse olhar circular entre o psíquico e o corporal que podemos abordar a dor de forma integral. Nasio (2008) rebate a dualidade mente e corpo e traz que a compreensão da dor não poderia ser separada entre dor física e dor psíquica, mas sim, ser compreendida como um fenômeno misto que surge nas intersecções entre todos os elementos envolvidos.

Cardoso e Paraboni (2010) entendem que, por vezes, a existência do estímulo doloroso traduz uma tentativa da psique em dominar uma excitação traumática, que não pode ser elaborada devido ao seu afeto intolerável. Sendo assim, os autores trazem que a dor teria uma função econômica ao psiquismo, anulando ou limitando uma dor psíquica insuportável. Esta excitação seria, portanto, descarregada de forma bruta, sem existir um processo mediador de elaboração e representação psíquica. Não existindo simbolização, a dor aparece como algo desligado de sentido, incompreensível.

Objetivo

Buscando integrar a análise sobre a dor e oferecer subsídios para a compreensão deste fenômeno a presente pesquisa teve como objetivo compreender a percepção do sujeito com cefaleia crônica primária sobre o convívio com a dor, tendo foco em como o

sujeito compreende e significa sua dor, nas repercussões desta vivência nas relações interpessoais e na vida laboral.

Método

A pesquisa consiste em um estudo exploratório e descritivo com metodologia qualitativa.

Participantes

A seleção de participantes foi feita por conveniência a partir da divulgação da pesquisa por convites *online*, publicados em redes sociais. Como critério de inclusão, a participante deveria apresentar quadro de cefaleia crônica primária segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS), ter mais que 18 anos, estar fazendo ou ter feito acompanhamento médico com neurologista e estar trabalhando ou se dedicando a atividades acadêmicas no momento. Foram excluídas da pesquisa aquelas que apresentassem cefaleia secundária, decorrente de outra condição clínica ou presença de outras doenças neurológicas. Também foram descartadas aquelas que não tivessem apresentado sintomas de cefaleia no último ano.

Instrumentos

Para a realização da coleta de dados foram utilizados um breve questionário sociodemográfico e uma entrevista semi dirigida. O questionário sociodemográfico contou com perguntas a respeito de idade, escolaridade, estado civil, com quem o sujeito residia, se tinha ou não filhos, se fazia acompanhamento médico devido as dores de cabeça e por quanto tempo e se a presença de acompanhamento psicológico. Também, era solicitado que a pessoa classificasse seu nível de dor no momento da pesquisa onde 1 era a menor dor sentida e 10 a maior dor sentida, em consonância com a escala numérica de dor (Ministério da Saúde, 2012).

As entrevistas tiveram duração de, em média, meia hora cada uma e foram realizadas na universidade ou no domicílio das participantes. Nelas, foram abordadas as seguintes questões norteadoras: relação com a dor, mudanças de rotina desde o início dos

sintomas, relações familiares, desempenho laboral e sentimentos frente a condição álgica. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA (CAAE 12075919.1.0000.5345). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado previamente às entrevistas.

Análise dos Dados

A análise de dados teve como base a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2010). Esta análise tem o objetivo de buscar núcleos de sentido dentro do *corpus* analisado, obtendo significação por meio da presença e frequência de temas. A análise proposta pela autora é dividida em três etapas: pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, as quais foram consideradas como fases da presente pesquisa.

Resultados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com 10 participantes, todas mulheres, com idades entre 20 e 54 anos. O diagnóstico de cefaleia crônica foi auto informe, contudo, foi investigado o tempo de persistência dos sintomas e características da dor, podendo-se assim averiguar a respeito da presença ou não dos critérios para confirmação do diagnóstico. Foi também questionado o nível de dor da participante no momento da entrevista, utilizando a escala numérica de dor onde 10 caracteriza-se como a pior dor já sentida e 1 a menor dor (Ministério da Saúde, 2012).

Na tabela abaixo, pode-se ver a caracterização das participantes:

Participante	Idade	Escolaridade	Tempo de acompanhamento médico	Acompanhamento psicológico	Dor no Momento da Entrevista
1	22	Pós-Graduação	8 anos	Sim	8
2	54	Ensino Superior	20 anos	Não	7
3	39	Pós-Graduação	8 anos	Sim	7
4	21	Ensino Superior	1 ano e meio	Não	1
5	24	Ensino Superior	11 anos	Sim	7
6	33	Pós-Graduação	4 anos	Sim	0
7	31	Ensino Superior	2 anos	Sim	1
8	49	Ensino Superior	30 anos	Sim	1
9	23	Ensino Superior	7 anos	Sim	6
10	20	Ensino Superior	8 anos	Sim	3

Tabela I

O estudo apresenta algumas características específicas, principalmente no que se refere ao processo de seleção da amostra. O convite para a participação foi lançado a partir das redes sociais das pesquisadoras, o que poderia significar um viés do estudo, já que analisando as entrevistas, percebe-se o grupo de participantes com características

muito homogêneas: em sua totalidade mulheres e a maioria, acadêmicas de cursos de graduação. Além disso, outro aspecto importante de ser considerado em relação a amostra é que, ainda que todas façam acompanhamento médico para controle dos sintomas, o diagnóstico utilizado para inclusão das participantes foi auto informe, ou seja, não se obteve mais dados a respeito das condições clínicas e até mesmo comorbidades associadas.

A partir da análise das entrevistas, surgiram quatro categorias principais a serem exploradas, sendo essas: Gatilhos para a dor, Vínculo com assistência em saúde, Apoio social e sua interface com a dor e Viver com a dor. Cada categoria foi dividida em eixos temáticos que agrupam os principais relatos trazidos pelas participantes.

Categoria 1: Gatilhos para a dor

A primeira categoria consiste nas percepções das entrevistadas sobre a causa de suas crises de cefaleia. Seus temas centrais são o estresse e as questões emocionais associadas aos episódios de dor. O estresse surge como gatilho a partir da relação entre momentos estressantes e o início de sintomas de dor *“Quando fico muito ansiosa, muito nervosa, quando eu me sinto pressionada. Eu começo a sentir que a minha cabeça vai explodir e aí começa tudo”* (E9). Já os aspectos emocionais aparecem através de sentimentos negativos percebidos como desencadeadores da dor, como se percebe no relato na E2 *“Momentos que eu to mais abalada emocionalmente ela (a dor) piora”*.

Algumas participantes trazem falas sobre não identificar os gatilhos e a causa das dores, relatando que seu surgimento por vezes é repentino e não parece estar relacionado a nenhum fator específico, como pode ser identificado na fala da E10 *“Não sei porque começou, quando vai acabar. Se vai acabar um dia ou se vou ficar com ela para sempre. Acho isso bem ruim.”*

Categoria 2: Vínculo com a assistência em saúde

Esta categoria engloba as experiências das participantes nos serviços de saúde acessados em função da cefaleia. A partir da análise, surgiram três eixos: o papel dos

analgésicos, a busca por respostas e a acolhida em saúde mental. A relação das participantes com os analgésicos é descrita principalmente como de dependência, uma vez que elas percebem os efeitos colaterais e apresentam crítica sobre o uso excessivo. As entrevistadas referem que sentem a medicação como um amparo indispensável e percebem como parte da sua rotina a preocupação em sempre levar consigo algum analgésico, caso se torne necessário o uso, como traz uma das participantes: “*Na bolsa é sempre o cefaliv que tá ali, ele se torna meio que uma muleta*” (E9).

Os efeitos colaterais negativos do uso das medicações prescritas também aparecem como elemento importante. Muitas vezes o efeito colateral é descrito como pior que a dor, sendo necessária a decisão de qual desconforto é preferível sentir “*Prefiro fazer escolhas (tomar ou não a medicação) do que usar um medicamento que vai tirar a dor, mas que não vai me deixar fazer mais nada*” (E9). Ainda em relação ao uso de analgésicos, as participantes consideram que fazem uso excessivo de medicação e combinações arbitrárias de analgésicos, tomando uma quantidade maior do que a recomendada pelos médicos: “*Estava tomando analgésicos, 3, 4 vezes por dia e não passava*” (E6).

Com o intuito de driblar a dor, as participantes referem acompanhamentos com múltiplos profissionais e tentativas de tratamentos diversos, além de inúmeras desistências ao verem frustradas suas expectativas de uma possível eliminação total da dor, como traz uma das entrevistadas: “*Acupuntura, medicina chinesa... Várias medicações, neurologista, essa médica especialista em dor, fisioterapia, quiropraxia, osteopatia, tudo que tu imaginar eu já tentei*” (E6).

Dentre as múltiplas tentativas, muitas participantes buscaram respostas na assistência em saúde mental, através do acompanhamento psicológico/psiquiátrico como uma possível abordagem para o alívio da dor. Entretanto, surpreendentemente, as participantes relatam que não se sentiram compreendidas e acolhidas pelos profissionais de saúde mental, suscitando, muitas vezes, sentimentos de culpa e responsabilização pelos sintomas, conforme descreve a E6: “*Embora eu acredite que o objetivo dela*

(psicóloga) nessas interpretações fosse me ajudar a entender a causa psicológica daquela dor, parecia que ela tava me acusando (...) como se fosse culpa minha”.

Categoria 3: Apoio social e sua interface com a dor

Esta categoria abordou o papel dos vínculos mais próximos, relações pessoais, profissionais e acadêmicas, a (não) legitimação da dor por parte do outro e o isolamento social em função da dor. Compreendeu-se que o papel dos vínculos mais próximos, sejam familiares ou de amizade, acaba apresentando duplo sentido, ora essas figuras são vistas como compreensivas e que oferecem o suporte desejado, ora são classificadas de forma negativa, pois as participantes não se sentem respaldadas por estas relações. *“As minhas amigas depois de um tempo, algumas respeitaram, algumas pararam de me convidar para algumas coisas, achando que era desculpa”* (E5). Além disso, as participantes relatam que a dor e a referência constante ao sintoma, por vezes, afasta as pessoas: *“Agora quando eu digo que tenho 15, 20 dias de dor por mês elas se assustam”* (E6).

A dor também aparece como motivo de conflito nos relacionamentos afetivos ou conjugais, pois algumas entrevistadas sentem que o (a) companheiro (a) não se mostra acolhedor (a) ou tem dificuldade de entender as limitações que o convívio com a dor impõe, tornando difícil sustentar a relação *“Meu ex-namorado virou ex porque não entendia, achava que era uma desculpa”* (E9).

No que tange às relações de trabalho e acadêmicas, percebe-se, principalmente, um sentimento de pesar, já que muitas vezes as participantes não se sentem acolhidas e compreendidas, como se a dor fosse vista como uma desculpa para faltas e outras dificuldades de cumprir as exigências: *“Mas eu acho que os professores ainda têm aquela coisa que se tu tá rodando é por que tu é vagabundo”* (E1). A impossibilidade de provar a existência da cefaleia de forma objetiva, também potencializa a dificuldade de ser acreditada e legitimada como real: *“A própria enxaqueca era uma coisa meio (...), as pessoas olhavam com um pouco de preconceito. Achavam que era meio manha, uma coisa não muito reconhecida”* (E8).

Essas razões fazem com que a percepção de isolamento social seja bastante frequente nos relatos analisados. O isolamento aparece tanto como algo imposto pelos outros, que deixam de incluir a pessoa com dor em eventos sociais, quanto algo decidido pela própria pessoa, como uma consequência das crises de dor, quando não sente vontade de se relacionar com as demais *“Eu parava de sair com as pessoas, para que eles não me vissem daquela forma, para não estragar o encontro”* (E5).

Categoria 4: Convívio com a dor

Esta categoria se refere à relação das participantes com a própria dor e os sentimentos que repercutem desta relação. Foram abordadas as adaptações cotidianas necessárias, a percepção de estados emocionais negativos e a dor como parte da identidade. Conviver com dor provoca uma série de mudanças na rotina, que têm por objetivo minimizar crises ou controlar os possíveis gatilhos. Essas adaptações são principalmente em relação a alimentação, exercícios físicos, sono e diminuição das atividades cotidianas. No geral, as participantes relatam que foram mudanças positivas, tentativas de viver de forma mais saudável e equilibrada, contudo, ao mesmo tempo também retratam sentimentos de privação e restrições entendidos como perdas: *“Eu parei de tomar refrigerante, mudei minha alimentação. Evito industrializados, comecei a praticar esportes para conseguir ter mais qualidade de vida. Chocolate nem pensar. Café então, tive que cortar totalmente.”* (E9)

O dia-a-dia com a dor provoca também estados emocionais negativos que consistem em emoções e sentimentos associados à cefaleia, sendo mencionados principalmente a dificuldade de foco e concentração, irritação, mal humor e cansaço, preocupação, medo e desesperança: *“Me sinto cansada e estressada. Só queria ficar sozinha, isolada”* (E3). Muitos destes sentimentos aparecem também como potencializadores do desejo de isolamento.

No relato a seguir percebe-se que a dor aparece como algo que é carregado como um peso ou fardo que precisa ser sustentado: *“Eu acho que ela é uma companhia*

inconveniente. Acho que ela vai estar sempre aqui, que ela não vai embora nunca. Que hoje eu e ela somos uma pessoa só” (E9).

Discussão

A partir da análise das entrevistas alguns pontos trazidos pelas participantes puderam ser discutidos através de pesquisas e reflexões críticas já publicadas sobre esta temática. O estresse é apontado como um importante fator desencadeante das crises de cefaleia não só no presente estudo, mas em outros já realizados com amostras semelhantes (Laurentino et al., 2017; Magalhães et al, 2016; Souza et al, 2019). Nestas pesquisas, o estresse aparece como desencadeante da dor, mas também como consequência do episódio doloroso, podendo então atuar como fator de manutenção da cefaleia e lançando a possibilidade de que ela se torne crônica mais facilmente.

Para além do estresse, Souza, Miranda e Marback (2019) relatam alguns aspectos emocionais que também servem como gatilhos para dores de cabeça. No estudo apresentado pelos autores, 47,5% da amostra mencionou os fatores emocionais como os principais desencadeantes da dor, porém também consideraram a alimentação, os distúrbios no sono e as questões hormonais fatores de predisposição. Estes aspectos também foram trazidos na presente pesquisa, pois as entrevistadas salientaram que a alimentação e o sono necessitam alterações de hábitos em função da sua relação com a dor, não sendo identificados diretamente como gatilhos, mas sim como fatores predisponentes. Entretanto a relação entre ambas as pesquisas pode ser estabelecida, pois compreende-se que ao mudar um hábito como tentativa de amenizar a dor, esse hábito pode ser considerado um dos desencadeantes de uma possível crise.

A associação entre os fatores emocionais e a dor pode também encontrar subsídios para análise no campo da psicossomática. A falta de representação e vínculo entre o que foi experimentado psiquicamente e o registro no corpo pode ser uma exploração interessante na busca de compreensão sobre a vivência da dor. A ocorrência do fenômeno psicossomático é ocasionada pela incapacidade do indivíduo de elaborar e representar afetos por vezes considerados intoleráveis. Esses afetos, cujo caminho normal seria a

simbolização, precisam ser eliminados de forma brusca e encontram caminho pelo corpóreo (Cardoso & Paraboni, 2010).

Assim a psicossomática se oferece como uma possível via de compreensão não somente para os afetos relacionados à dor, mas também para a relação que as participantes parecem estabelecer com as medicações prescritas para o controle da cefaleia. O estudo de Palacios-Ceña et al. (2017) traz achados que vão no mesmo sentido das vivências das participantes desta pesquisa. Os autores descrevem a relação das entrevistadas com a medicação prescrita também através de um vínculo de dependência, uma vez que referem utilizar o tratamento indicado para as crises inclusive de forma preventiva. Da mesma forma, Souza et al (2019) e Dias (2020) referem o uso da medicação como a principal estratégia de controle da dor utilizada pelas entrevistadas em seu estudo.

A ambivalência no entendimento da medicação como fonte de alívio das dores e ao mesmo tempo uma alternativa com importantes efeitos colaterais negativos é também pautada no estudo de Dias (2020), no qual percebe-se que os efeitos negativos são muitas vezes o motivo para o abandono do tratamento. Também no estudo de Palacios-Ceña et al. (2017) são descritos comportamentos de automedicação, excesso de medicação e mistura de analgésicos. Os autores referem que as participantes com cefaleia crônica apresentam dificuldade em aderir a tratamento profiláticos, costumando abandonar o acompanhamento quando não sentem a melhora efetiva dos sintomas.

Tanto nos estudos referidos quanto na presente pesquisa, percebe-se uma preocupação por parte das participantes em relação ao uso prolongado de medicações, dúvidas sobre os efeitos a longo prazo e medo de dependência, ainda que em algumas situações ela pareça já estar instalada. A cefaleia é percebida como um problema multifatorial, do qual nem todas as dimensões são conhecidas pelas participantes. Isso as leva, muitas vezes, a uma busca por respostas e soluções que se convertem, na maioria dos casos, em tentativas frustradas de descobrir alguma alteração física ou comprovação da causa de sua dor através de exames clínicos ou de imagem. Canesqui (2018) refere a existência do desejo de obter controle e encontrar explicações que façam sentido frente a uma história e cultura. Assim, a tentativa de obter respostas concretas para os problemas

faz com que a busca se dê em consultórios médicos e por meio da realização de múltiplas provas.

Dentre as múltiplas tentativas, algumas entrevistadas buscaram respostas na assistência em saúde mental, através da avaliação e/ou acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Entretanto, surpreendentemente, relataram que não se sentiram compreendidas e acolhidas pelos profissionais de saúde mental, suscitando, muitas vezes, sentimentos de culpa e responsabilização pelos sintomas. Ainda que não tenham sido encontrados trabalhos específicos sobre as intervenções de cunho psicológico no âmbito da cefaleia crônica, percebe-se que pelo menos boa parte da produção científica é dirigida aos protocolos de assistência, intervenções que possuem melhor resultado e que determinem as causas e consequências já conhecidas a respeito da dor, entretanto, pouco se busca entender sobre como os pacientes recebem essas abordagens e quais seus sentimentos frente a acolhida do profissional de saúde mental. É papel do psicólogo que atua com pacientes com dor, trabalhar para que as ligações entre psíquico e corpo sejam feitas. É importante permitir, em um setting protegido, acolhedor e continente, que os afetos intoleráveis sejam vivenciados, permitindo assim um trânsito fluído dos aspectos psíquicos e a elaboração do que antes poderia estar sendo descarregado imediatamente para o corpo (Cardoso & Paraboni, 2010). O acompanhamento destes pacientes se dá, muitas vezes, a partir de dificuldades iniciais, principalmente referentes a aceitação do componente psíquico de suas dores (Lobato, 2010).

Ainda nos dias de hoje, muitas vezes nos confrontamos com uma visão tradicional, logo arcaica, da compreensão de saúde, o que faz com que tanto paciente quanto profissional da saúde mental por vezes não legitimem o sofrimento psíquico e não o tomem como central na dinâmica estabelecida (Alves & Lima, 2016). Para o paciente, admitir o componente psíquico da sua dor é admitir que esta é fruto da imaginação, logo fantasiosa e menos real. A abordagem mais indicada, segundo Lobato (2010) se dá a partir do acolhimento empático e reflexão sobre as múltiplas causas de um sintoma, logo, as múltiplas etiologias da dor, o que não a torna menos importante ou imaginária, mas que abre a possibilidade de pensar que tudo aquilo que é vivenciado pelo sujeito psiquicamente reflete no seu corpo e, portanto, também na dor.

Além de refletir sobre o vínculo dos pacientes com os profissionais que os recebem nos serviços de saúde, cabe também uma análise dos impactos da dor nas demais relações sociais. Em relação ao ambiente familiar, Palacios-Ceña et al. (2017) trazem que em seu estudo, as participantes referiram a existência de um ceticismo entre os membros da família, pois estes pensam que as queixas e reclamações, além da constante referência a dor são supervalorizadas pelo paciente.

Dados semelhantes foram encontrados também em outros estudos. Buse et al (2019) descreveram que em sua pesquisa os participantes que apresentavam quadros de cefaleia crônica reportaram que a dor havia prejudicado sua capacidade de estabelecer relacionamentos o dobro de vezes que aqueles que apresentavam cefaleia episódica. Além disso, esse mesmo grupo relatou que a dor crônica havia sido o motivo de término de relacionamentos no passado três vezes mais que os outros grupos investigados, o que nos faz refletir sobre o impacto da dor nas relações interpessoais.

Ademais do âmbito social, os impactos da dor podem ser experienciados no ambiente acadêmico e laboral. Laurentino et al (2017) em um estudo sobre as implicações da cefaleia no cotidiano de estudantes universitários, concluem que a dor tem influência negativa no processo de aprendizagem, acarretando faltas, pior desempenho acadêmico e dificuldade de concentração nas tarefas. A autoavaliação de baixo rendimento no ambiente de trabalho é observada no estudo de Buse et al (2019), onde participantes com cefaleia crônica concordavam duas vezes mais que participantes com cefaleia episódica sobre os efeitos da dor em diversos aspectos da sua carreira profissional. Os prejuízos no rendimento acadêmico e no ambiente de trabalho em decorrência da cefaleia são abordados também em outros estudos, denotando a importância da análise destes fatores (Pessigatti, Rodrigues, Aguiar & Dias, 2020; Souza et al., 2019)

A pesquisa de Palacios-Ceña et al. (2017) descreve a percepção das participantes de falta de compreensão no ambiente de trabalho, principalmente devido à descrença dos colegas quanto ao papel da dor de cabeça na realização plena de suas atividades. Frente a isso, muitos buscam disfarçar os sintomas e esconder o diagnóstico por medo de perderem o emprego. Esse sentimento abre espaço para a discussão acerca o impacto da dor na

produtividade laboral, pois muitas vezes a frequência dos episódios de dor e sua cronicidade podem levar a perda do emprego, configurando um importante problema social e também econômico (Leonardi & Raggi, 2019).

Uma das dimensões importantes das relações sociais está na forma como as pessoas percebem e validam (ou não) a dor. Entende-se pelos relatos analisados que as participantes sentem uma desconsideração da dor por parte do outro, pois é percebida como uma desculpa ou forma de chamar atenção. Questões a respeito da não legitimação da dor foram descritas nos estudos de Canesqui (2018) e Palacios-Ceña et al. (2017), onde os autores descrevem que a dor muitas vezes não é reconhecida como real por aqueles que convivem com o paciente, levando-os a uma busca de afirmação por parte de profissionais da saúde ou formas de provar objetivamente a existência da dor e evitar o isolamento social.

Souza et al (2019) trazem o isolamento como um comportamento comum nos momentos de dor, pois funciona como estratégia de manejo dos sintomas. Através do relato das participantes deste estudo, pode-se ampliar a compreensão do isolamento como para além de uma estratégia de manejo sintomático, mas também como uma consequência frente às dificuldades apresentadas nas relações sociais, falta de compreensão da dor como real e uma indisposição de se relacionar com outras pessoas.

Assim, os dados obtidos na presente pesquisa estão em consonância com os encontrados no estudo de Lima, Alves e Turato (2014), pois as participantes muitas vezes referiram afastar-se das pessoas e demais situações sociais e centrar-se somente na dor. Os autores citados anteriormente relatam que a dor se torna o foco de atenção principal do sujeito, fazendo com que grande parte de suas atividades cotidianas se tornem mais difíceis e necessitem adaptação. Seu impacto é visto como global, trazendo mudanças nos papéis familiares e no trabalho e limitando a vida em sua totalidade.

O estudo de Souza et al (2019) apoia esses achados, relatando que os sintomas dolorosos evocam sentimentos negativos nos pacientes, como tristeza, angústia, impaciência, irritação, mau humor e estresse. Esses dados corroboram a ideia de que os

sentimentos negativos são muitas vezes responsáveis pelo desejo de isolamento, visto que os comportamentos descritos são trazidos de forma individual majoritariamente.

O isolamento e a centralidade na dor fazem com que, muitas vezes, a dor se apresente como parte da identidade do sujeito. Através das entrevistas, percebeu-se que, em algumas situações, as participantes se colocavam como se elas fossem a dor, como se a dor fosse uma parte constituinte de quem elas eram como sujeito, e para além disso, como se a dor tivesse modificado a forma como elas percebiam e se compreendiam no mundo.

Tomando como base a definição da IASP (DeSantana et al., 2020) de que a experiência de dor ganha sentido dentro de um contexto biopsicossocial, onde o indivíduo compreende e internaliza o conceito de dor frente esse ambiente, é essencial a oportunização de um espaço onde essa temática possa circular e possa ser acolhida dentro de sua complexidade. É necessário que o sujeito possa construir sua própria história, assimilando os sintomas dolorosos e buscando uma compreensão individual do seu significado. Nasio (2008) descreve como as experiências passadas do indivíduo com outras dores, fazem com que a dor vivenciada seja única e individual. O sujeito que vive a dor, sempre irá viver a sua dor, da sua maneira, independentemente de qual seja o motivo por trás do sofrimento.

A compreensão fracionada de mente e corpo permite a reflexão de para estes pacientes existe, muitas vezes, uma necessidade de integração. Para Nasio (2008) não existiria esta divisão entre mente e corpo, logo, não existiria uma divisão de dor física e dor psíquica, a dor se portaria como um fenômeno misto, surgido no limite entre corpo e psique. O autor também teoriza a respeito desta fronteira, ao propor as ideias de “ter dor” e “ser dor”. Nas falas das participantes, a dor aparece em uma dimensão constitutiva da identidade. Essa dor, não seria uma dor circunscrita externa e passível de ser enfrentada, como algo de fora que ataca o corpo. “Ser a dor” simboliza que o sujeito não é possuidor da sua dor, mas a dor se torna possuidora do sujeito (Nasio, 2008). A dor é uma importante porção de como a pessoa se vê como indivíduo, podendo ser vista como parte integrante

da história de vida dessas participantes, ocupando grande espaço do seu cotidiano (Dias, 2020).

Considerações Finais

O objetivo principal desta pesquisa foi compreender a percepção das participantes sobre a sua convivência com a dor. A partir dos dados apresentados, percebeu-se que a cefaleia crônica teve impacto em diversas áreas da vida das participantes, surgindo, na maioria das vezes, a partir de situações estressantes ou sentimentos negativos. Em função disso, as participantes apresentaram múltiplas tentativas de tratamento e investigação da dor, recorrendo aos serviços de saúde, mais especificamente aos serviços de saúde mental, os quais não foram percebidos como acolhedores em relação às problemáticas vivenciadas. Frente a este panorama, o uso de medicações pareceu ser uma via de alívio, ainda que muitas tenham críticas a respeito da forma como utilizam os analgésicos.

Por outro lado, as relações sociais e vínculos mais significativos, também parecem afetados pelo convívio com a dor. As participantes percebem um impacto direto nas suas relações interpessoais, manifestando por vezes sentirem-se incompreendidas ou culpabilizadas pelos sintomas e, portanto, sendo necessárias muitas adaptações em seu cotidiano para o enfrentamento da vivência.

Sendo assim, fica claro como a dor altera a autopercepção, a forma como constroem sua identidade e a maneira de se colocar no mundo. A dor, portanto, é um sintoma que se ramifica e engloba as pessoas de diversas formas. Pode-se assim, a partir da compreensão das áreas afetadas pelo sintoma doloroso, pensar em intervenções em saúde específicas, com o objetivo de diminuir os impactos negativos e proporcionar melhores condições para a difícil tarefa de conviver com a cefaleia.

Frente aos resultados desta pesquisa, percebe-se uma necessidade de investigar a respeito da assistência em saúde mental, principalmente devido as participantes terem referido dificuldades de compreensão e acolhimento e insatisfação com os serviços prestados. Sugere-se ainda, que novos estudos sobre esta temática sejam realizados de forma integrada com serviços de assistência, tanto ambulatoriais como hospitalares.

Desta forma, as pesquisas contariam com registros mais precisos e de múltiplos informantes sobre o estado de saúde das participantes no percurso de tratamento da doença ou controle dos sintomas.

Referências

- Abu Bakar, N., Tanprawate, S., Lambru, G., Torkamani, M., Jahanshahi, M., & Matharu, M. (2016). Quality of life in primary headache disorders: a review. *Cephalalgia*, 36(1), 67-91. doi: 10.1177/0333102415580099.
- Alves, V. L. P & Lima, D. D., (2017) Percepção e enfrentamento do psicossomático na relação médico-paciente. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3)
- Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L., Murray, S., Dumas, P. K., Adams, A. M., & Lipton, R. B. (2019). Life with migraine: effects on relationships, career, and finances from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(8), 1286-1299.
- Canesqui, A. M. (2018). Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 409-416. doi:10.1590/1413-81232018232.14732017.
- Cardoso, M. R., & Paraboni, P. (2010). Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica?. *Revista Subjetividades*, 10(4), 1203-1219. Recuperado em 03 de julho de 2020, de <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4966>
- Cruz, M. C., Cruz, L. C., Cruz, M. C. C., & de Camargo, R. P. (2017). Cefaleia do tipo tensional: revisão de literatura. *Archives of Health Investigation* 6(2). 53-58 doi:10.21270/archi.v6i2.1778.
- Damasceno, C. A. R (2018). *Perfil clínico-epidemiológico e análise do impacto na qualidade de vida de pacientes com cefaléia crônica diária acompanhados no ambulatório de cefaléia do Hospital Geral de Fortaleza* (Monografia Residência Médica em Neurologia). Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil
- DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M., Oliveira Junior, J. D., Correia, L. M., Oliveira, C. D., & Fonseca, P. R. (2020). Definição de dor revisada após quatro décadas. *Brazilian Journal of Pain*, 3(3), 197-8.
- Dias, T. C. S. (2020). *Experiência da cefaleia na vida das estudantes universitárias da área da saúde: um estudo psicanalítico* (Dissertação de Mestrado). Universidade Univeritas, Guarulhos, São Paulo, Brasil

- Eksterman, A. (2010). Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: Mello Filho, J & Burd, M. *Psicossomática Hoje* (pp. 93-106). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, K. D. S., & Speciali, J. G. (2015). Epidemiology of chronic pain in the office of a pain specialist neurologist. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 73(7), 582-585. doi:10.1590/0004-282X20150064.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (IHS). (2018). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 38(1), 1-211. doi:10.1177/0333102417738202.
- Laurentino, I. M. S.; Fonseca Filho, L. B.; Valença, M. M.; Santos, E. R. R.; Leite, A. F. B. (2017) Incapacidade funcional e cefaleia: impactos no cotidiano dos universitários. *Headache Medicine* ;8(4):124-129
- Leonardi, M., & Raggi, A. (2019). A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *The journal of headache and pain*, 20(1), 1-11.
- Lima, D., Alves, V. L., & Turato, E. (2014). The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: Going beyond the standing healthcare models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9(1), 2. doi:10.1186/1747-5341-9-2.
- Lobato, O. (2010) O problema da dor In: Mello Filho, J & Burd, M. *Psicossomática Hoje* (pp. 235-255). Porto Alegre: Artmed.
- Magalhães, L., Lopes, T., & Marback, R. (2016). Interferências na rotina e na qualidade de vida provocadas pela cefaleia. *Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*, 15. Recuperado em 03 de julho de 2020, de <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4608>.
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*, 123(2), e273-e283.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Nasio, J. D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Palacios-Ceña, D., Neira-Martín, B., Silva-Hernández, L., Mayo-Canalejo, D., Florencio, L. L., Fernández-de-las-Peñas, C., García-Moreno, H.; García-Azorín, D. & Cuadrado, M. L. (2017). Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ Open*, 7(8). doi:10.1136/bmjopen-2017-017851.

- Pessigatti, B. P., Rodrigues, A. P. C., Aguiar, P. V., & Dias, F. M. (2020). Aspectos biopsicossociais da saúde de estudantes e funcionários de uma instituição de ensino superior portadores de cefaléia. *Brazilian Journal of Pain*, 3(1), 19-24.
- Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. (2012, 02 de outubro). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Dor Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde
- Queiroz, L. P., & Silva Junior, A. A. (2015). The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55, 32-38. doi: 10.1111/head.12511
- Santos, A. K. L., Feitosa, H., Silva, S. F., Barros, M. M. M. B., de Oliveira Ferro, J. K., de Oliveira Souza, A. I. S., Coutinho Neta, T. C. M., Barboza, P. J. M.; Rocha Filho, P. A. S., Wanderley, D. & de Oliveira, D. A. (2018) Alterações de funcionalidade de mulheres migranosas. *Headache Medicine*, 9(4), 183-189
- Siebra, M. M. R., & Vasconcelos, T. B. D. (2017). Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas. *Revista Dor*, 18(1), 43-46.
- Silva, A. F. R & Caldeira, G. (2010) Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na psicossomática. In: Mello Filho, J & Burd, M. *Psicossomática Hoje* (pp.158-167). Porto Alegre: Artmed.
- Souza, A. S., de Souza Miranda, K. L., & Marback, R. F. (2019). Sintomas depressivos e aspectos subjetivos associados à cefaléia do tipo primária. *Interação em Psicologia*, 23(3).
- Teixeira, M. J. & Andrade, D. C (2017) Fisiopatologia da dor. In: Béjar, V. R (Org) *Dor psíquica, dor corporal: uma abordagem multidisciplinar* (pp.355-403). São Paulo: Blucher.
- Woldeamanuel, Y. W., & Cowan, R. P. (2017). Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 307-315. doi:10.1016/j.jns.2016.11.071.